

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年10月1日
記入者名	下川 溪
所属・職名	サ高住 管理者

## 1. 設置者（\*）

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ しもかわ 株式会社 しもかわ	
主たる事務所の所在地	〒398-0002 大町市大町 4188 番地 20	
連絡先	電話番号	0261-22-0200
	FAX番号	0261-22-0222
	ホームページアドレス	http://smilenagano.com/
	電子メールアドレス	info@smilenagano.com
代表者	氏名	下川 幸男
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 27年 6月 12日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要（\*）

## (住まいの概要)

名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく すまいる サービス付き高齢者向け住宅 すまいる	
所在地	〒398-0002 長野県大町市大町 4188 番地 20	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	信濃大町駅から徒歩で10分
連絡先	電話番号	0261-22-0200
	FAX番号	0261-22-0222

	ホームページアドレス	http://smilenagano.com/
	電子メールアドレス	info@smilenagano.com
管理者	氏名	下川 溪
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 27 年 12 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 28 年 9 月 1 日

**(類型)【表示事項】**

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

**3. 建物概要（\*）**

土地	敷地面積	1, 305.64㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 ■事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
	契約期間	1 ■あり (平成27年6月12日から20年間) 2 なし	
	契約の自動更新	1 ■あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	987.23㎡
		うち、老人ホーム部分	810.88㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 ■準耐火建築物	
3 その他（ ）			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	3 ■木造		
	4 その他（ ）		
所有関係	1 ■事業者が自ら所有する建物		

		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 ■全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	18.0 m <sup>2</sup>	24	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	24.0 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無			
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	1.85 m	その他の廊下	m		
共用施設	共用便所における便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 ( )			ヶ所			
食堂	1 ■あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 ■あり 2 なし					

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 ■あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし		
消防用設備等	消火器	1 ■あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 ■あり	2 なし	
	火災通報設備	1 ■あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 ■あり	2 なし	
	防火管理者	1 ■あり	2 なし	
	防災計画	1 ■あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	1 ■あり	2 一部あり	3 なし
	便所	1 ■あり	2 一部あり	3 なし
	浴室	1 ■あり	2 一部あり	3 なし
	その他（ ）	1 あり	2 一部あり	3 なし
その他				

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	高齢者の尊厳を敬い、良質な住まいを提供します
サービスの提供内容に関する特色	介護、医療の連携により、お看取りを行えるよう支援致します
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 ■なし
食事の提供	1 ■自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 ■自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 ■自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 ■自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 ■自ら実施 2 委託 3 なし

##### （介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は記載不可

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし

	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
(Ⅲ)		1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可	1 ■救急車の手配 2 ■入退院の付き添い 3 ■通院介助 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	平林医院
		住所	長野県大町市大町4 1 5 1の2
		診療科目	内科、皮膚科
		協力科目	緊急時に連絡を受けた場合、指導、助言
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	横沢歯科医院	
	住所	長野県大町市大町4 1 7 9番地3	
	協力内容	緊急時に連絡を受けた場合、指導、助言	

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( )	
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり 2 なし

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 ■あり 2 なし
	要支援の者	1 ■あり 2 なし
	要介護の者	1 ■あり 2 なし
留意事項	入居時60歳以上の方	
契約の解除の内容	退去に関する条文記載 契約書と整合するように注意	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	1 ■あり (内容 : ) 2 なし	
入居定員		25人
その他		

**5. 職員体制**

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	7	3	4	
直接処遇職員				
介護職員	10	2	8	
看護職員	4	1	3	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5		5	
事務員				
その他職員	3		3	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>				

**（資格を有している介護職員の人数）**

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	7	2	5
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
介護支援専門員	1	1	

**（資格を有している機能訓練指導員の人数）**

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			

あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 21 時 00 分～翌日 8 時 30 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2 人	1 人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	



(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり								
			資格等の名称								
		2 なし									
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				1	1						
前年度1年間の退職者数					1						
応じた職員 の人数	1年未満			1	1	1					
	1年以上	1	1		2	1	1				
	3年未満										
	3年以上		2		3		2				
	5年未満										
	5年以上			1	2	1	1				
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況			1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				採用時に		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		

6. 利用料金 (\*)

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	

入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 ■日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件 手続き

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

		プラン1	プラン2	
入居者の状 況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18 m <sup>2</sup>	24 m <sup>2</sup>	
	便所	1 ■有 2 無	1 ■有 2 無	
	浴室	1 有 2 ■無	1 有 2 ■無	
	台所	1 有 2 ■無	1 有 2 ■無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	165,000円	225,000円	
月額費用の合計		144,000円	240,000円	
家賃		55,000円	75,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	54,000円	108,000円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		共益費（光熱水費）	19,000円	21,000円
その他	18,000円	36,000円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	18 m <sup>2</sup> 55,000円      24 m <sup>2</sup> 75,000円
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費 <sup>※1</sup>	
食費	30日3食 5,400円 (8%)
光熱水費等 <sup>※2</sup>	18 m <sup>2</sup> 19,000円      24 m <sup>2</sup> 21,000円
利用者の個別的な選択に	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

よるサービス利用料	
その他のサービス利用料	健康の維持増進サービス 5,000円 緊急通報サービス管理費 13,000円  外出支援サービス（日中） 30分以下を1単位 1単位 990円 外出支援サービス（夜間） 30分以下を1単位 1単位 1320円 ※夜間：17:30～翌8:30 訪問診療・往診対応（対応時間）30分以下を1単位 1単位 990円 代行サービス 1回 550円 プラスチックグローブ 1個 1380円 プラスチックエプロン 1個 1380円 乾電池（単3．単4） 1個 50円 マスク 1箱 550円 エンゼルケア（死後処置） 1回 5000円 立替金サービス 立替えた分の金額 おやつ提供サービス 1回100円（8%） 医療処置 1単位10分以下 1単位400円
※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。 ※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。	

**（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能**

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受	円

領する額（初期償却額）		
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： _____）	

**7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】**

**（入居者の人数）**

性別	男性	2人
	女性	22人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	4人
	要介護2	6人
	要介護3	6人
	要介護4	5人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	11人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

**（入居者の属性）**

平均年齢	93.1歳
------	-------

入居者数の合計	24人
入居率*	98%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 自宅へ戻られたため 他施設入所のため 医療的介入が必要なため (HP 入院)

**8. 苦情・事故等に関する体制**

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		すまいる窓口
電話番号		0261-22-0200
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	9時～17時
	日曜・祝日	9時～17時
定休日		なし

窓口の名称		大町市福祉課
電話番号		0261-22-0420
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日

窓口の名称	長野県健康福祉部介護支援課	
電話番号	026-235-7113	
対応している 時間	平日	9時～17時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日祝日	

**(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)**

損害賠償責任保険の加入状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし

**(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)**

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		

**9. 入居希望者への事前の情報開示**

入居契約書の雛形	1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付

	3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 : ) 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし 3 <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別を実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

株式会社 しもかわ 代表取締役 下川 幸男 印

説明者 管理者 下川 溪 印

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。



別添1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護事業所すまいる	大町市大町4188番地20
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーションすまいる	大町市大町4018番地5
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターすまいる	大町市大町4188番地20
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所すまいる	大町市大町4188番地20
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーションすまいる	大町市大町4018番地5
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターすまいる	大町市大町4188番地20
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型介護予防サービス＞					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		

介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所すまいる	大町市大町4188番地20
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	訪問介護事業所すまいる	大町市大町4188番地20
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターすまいる	大町市大町4188番地20
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			■なし		あり	
		特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	包含※2	都度※2	料金※3	備考		
介護サービス								
食事介助	なし	あり	■なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	■なし	あり				
おむつ代			■なし	あり				別会社への連絡 立替にて対応あり
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	■なし	あり				
特浴介助	なし	あり	■なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	■なし	■あり	○			移動あり 着替えなし
機能訓練	なし	あり	■なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	■あり		○		¥990/30分 夜間帯は¥1320 市街は応相談
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	■あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	■あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	■あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	■あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	■あり	○			
おやつ			なし	■あり		○		希望者のみ
理美容師による理美容サービス			なし	■あり		○		別会社への連絡 立替にて対応あり
買い物代行	なし	あり	なし	■あり		○		市街は応相談 ¥550
役所手続き代行	なし	あり	なし	■あり		○		¥550
金銭・貯金管理			■なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			■なし	あり				※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	■あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	■なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	■あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	■あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	■あり				¥990/30分 夜間帯は¥1320
入退院時の同行	なし	あり	なし	■あり				¥990/30分 夜間帯は¥1320
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	■あり				¥550
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	■あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

- ※ 2 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
- ※ 3 : 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。